

Smart Start Pediatría	Nombre del paciente :
460 Alabama Hwy N	Nombre de mamá :
Albertville, AL 35951-3838	Nombre de papá:

ALERGIAS - Enumere las alergias a medicamentos, alimentos u otras alergias del paciente:

☐ No se conocen alergias a medicamentos	O bien, enumere las alergias a los medicamentos:
☐ Sin alergias alimentarias o de otro tipo	O bien, haga una lista de alergias alimentarias o de otro tipo:

MEDICAMENTOS - Enumere todos los medicamentos y suplementos del paciente:

Nombre del medicamento	Dosis	Nombre del medicamento	Dosis
1.		5.	
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	

HISTORIAL MÉDICO ANTERIOR – Enumere las condiciones médicas del paciente:

1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS ANTERIORES : enumere las cirugías previas del paciente y las fechas aproximadas:

Operación	Fecha	Operación	Fecha
1.		5.	
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES : verifique y enumere la relación con el paciente, incluya solo a los miembros de la familia inmediata:

- ☐ Enfermedad pulmonar _____
- ☐ Problemas cardíacos _____
- ☐ Enfermedad renal o de la vejiga _____
- ☐ Diabetes _____
- ☐ Presión arterial alta _____
- ☐ Cáncer - Tipo de cáncer y familiar(es) afectado(s) _____
- ☐ Otras enfermedades familiares _____

REGISTROS DE NACIMIENTO

Lugar de partos: _____

Ciudad de las instalaciones: _____ Estado de la instalación: _____

La siguiente información DEBE coincidir con los registros de nacimiento:

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Nombre del paciente (primer apellido): _____

Nombre de la madre biológica (primer apellido): _____

Número de Seguro Social de la madre biológica: _____

HISTORIAL DE VACUNACIÓN

Adjunte un registro completo de la toma.

Si no tiene un registro completo de vacunas, enumere todos los centros donde el paciente ha recibido vacunas:

REGISTRO DE PACIENTES

smart start *pediatrics*

Nombre legal del paciente: _____
Último Primero Medio

Fecha de nacimiento: _____ Seguridad social #: _____

Dirección: _____
Calle & Apartamento # Ciudad Estado Código postal

Teléfono residencial: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____

Correo electrónico: _____

Estamos obligados a recopilar la siguiente información para cada paciente. Complete esta sección antes de devolver el formulario.	
Proveedor preferido: _____	Sexo (Círculo): M F Otro: _____
Su idioma preferido: Inglés Español Haitiano/Criollo haitiano _____	
La raza de su hijo: ☐ indio americano/nativo de Alaska ☐ asiático ☐ negro/afroamericano ☐ nativo de Hawái o de las islas del Pacífico ☐ Hispánico o latino ☐ Blanco ☐ Multirracial ☐ Desconocido ☐ Rechazar ☐ Contestar ☐ Otro _____	
El origen étnico de su hijo: ☐ Hispánico o latino ☐ Ni hispanos ni latinos ☐ Desconocido ☐ Negarse a responder ☐ Otro _____	
¿Hay alguna creencia religiosa o cultural que pueda afectar su atención médica? En caso afirmativo, sírvase explicar: _____	
Nivel de educación de los padres/tutores: _____	

Padre/Tutor Legal: _____

Fecha de nacimiento: _____ # de Seguro Social: _____

Dirección (si es diferente): _____

Teléfono residencial: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____

Padre/Tutor Legal: _____

Fecha de nacimiento: _____ # de Seguro Social: _____

Dirección (si es diferente): _____

Teléfono residencial: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____

INFORMACIÓN PRIMARIA DEL SEGURO

Nombre del plan: _____ Política #: _____ Grupo #: _____

Tomador de la póliza: _____ DOB: _____ # de Seguro Social: _____

Relación del paciente con el titular de la póliza: _____ Copago: ☐ Sí ☐ Sin importe: _____

INFORMACIÓN SECUNDARIA DEL SEGURO

Nombre del plan: _____ Política #: _____ Grupo #: _____

Tomador de la póliza: _____ DOB: _____ # de Seguro Social: _____

Relación del paciente con el titular de la póliza: _____ Copago: ☐ Sí ☐ Sin importe: _____

Estoy de acuerdo en que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Autorizo a Smart Start Pediatrics LLC y a su personal a tratar a mi hijo y doy mi consentimiento para toda la atención médica que se considere necesaria y apropiada por parte de un proveedor de atención médica con licencia en el estado de Alabama. Este consentimiento incluye, entre otros, tratamiento médico, intervención quirúrgica, procedimientos electivos y atención de emergencia. Esta delegación será válida hasta que retire mi consentimiento por escrito.

Nombre en letra de imprenta (Paciente o tutor si es menor de edad) Firma (Paciente o Tutor si es menor de edad) Fecha

Relación con el paciente anterior

REGISTRO DE PACIENTES

smart start *pediatrics*

Delegación de consentimiento para hijos menores de edad

Enumere a continuación todos sus hijos que asisten a Smart Start Pediatrics:

Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____

Yo _____, autorizar a las siguientes personas a traer a mi(s) hijo(s) para recibir tratamiento y a
Escriba el nombre del padre biológico o tutor legal
dar su consentimiento a todos y cada uno de los cuidados y atenciones médicas que un proveedor de atención médica con licencia en el estado de Alabama considere necesarias y apropiadas. Este consentimiento incluye, entre otros, tratamiento médico, intervención quirúrgica, procedimientos electivos y atención de emergencia. Esta delegación será válida hasta que retire mi consentimiento por escrito.

Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación con los hijos: _____
Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación con los hijos: _____
Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación con los hijos: _____
Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación con los hijos: _____
Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación con los hijos: _____
Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación con los hijos: _____

Tenga en cuenta: Las personas enumeradas anteriormente son las ÚNICAS personas (que no sean padres biológicos o tutores legales) autorizadas para llevar a su(s) hijo(s) al médico.

Escriba el nombre del padre biológico o tutor legal

Relación con el paciente

Firma del padre biológico o tutor legal

Fecha

Testigo

Traductor/lector (si corresponde)



INFORMACIÓN Y POLÍTICAS DE LA OFICINA

Tenemos un horario regular de atención.

Estamos abiertos de lunes a viernes de 8 am a 5 pm. Estamos cerrados los siguientes días festivos: Año Nuevo, Día de los Caídos, 4 de julio, Día del Trabajo, Día de Acción de Gracias, Día de Navidad y medio día en Nochebuena. Cualquier otro cierre se publicará en nuestra página de Facebook.

Estamos disponibles fuera del horario de atención cuando nos necesite.

¡Entendemos que los niños se enferman por la noche, los fines de semana y los días festivos! Nuestra enfermera de triaje pediátrico siempre está disponible cuando el consultorio está cerrado. Si la enfermera de triaje no puede ofrecer asesoramiento, uno de nuestros proveedores siempre está de guardia.

Somos una práctica de vacunación.

Las vacunas son uno de los servicios más importantes que ofrecemos como consultorio pediátrico. Seguimos el cronograma avalado por la Academia Americana de Pediatría y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Entendemos que puede haber ocasiones en las que tenga preguntas o dudas sobre ciertas vacunas y estamos aquí para ayudarlo. Estaremos encantados de responder a todas sus preguntas sobre las vacunas. Si finalmente decide que las vacunas no son adecuadas para su familia, le pediremos que busque un hogar médico pediátrico diferente.

Las visitas de control del niño sano son una prioridad y un requisito de nuestros pacientes.

¡No solo queremos verlo a usted cuando su hijo está enfermo! Las visitas de control del niño sano son vitales para mantener la salud de los niños. En las visitas de rutina nos fijamos en el peso, la estatura, la realización de exámenes de visión, audición y desarrollo, que son necesarios para garantizar un crecimiento adecuado. Las visitas de niño sano son obligatorias a las siguientes edades: recién nacido, 2 semanas, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 15 meses, 18 meses, 2 años, 3 años y todos los años anualmente hasta los 18 años. La sala de **espera de rutina** es solo para chequeos de bebés sanos y niños sanos, y no debe ingresar a esa sala si usted o alguien con usted muestra signos de enfermedad. El incumplimiento de los exámenes regulares de niño sano puede resultar en la expulsión de la práctica.

Ofrecemos citas por enfermedad el mismo día.

Entendemos que cuando su hijo está enfermo, le gustaría que lo vieran de manera oportuna. No somos una clínica sin cita previa, pero ofrecemos citas por enfermedad el mismo día durante nuestro horario de oficina habitual. Llámenos para programar una cita el mismo día.

Zona Libre de Perfumes

Los productos químicos utilizados en los productos perfumados pueden enfermar a algunas personas, especialmente a las que tienen asma, alergias y otras sensibilidades a las fragancias. Por favor, no use perfumes, lociones perfumadas u otras fragancias en los días que visitará nuestra oficina.

smart start pediatrics - we give a hoot!



Nos esforzamos por llegar a tiempo y valoramos el respeto mutuo.

Sabemos que la vida es ajetreada y que todos tenemos muchas obligaciones todos los días. Entendemos la necesidad de llegar a tiempo y nos esforzamos por hacerlo. En ocasiones surgen problemas inesperados que hacen que nos quedemos atrás. Por lo general, estos están relacionados con la atención al paciente. Haremos todo lo posible para comunicarnos con usted si estamos significativamente atrasados para que nunca se quede con la duda. Le pedimos que se comunique con nosotros si va a llegar tarde o necesita cancelar una cita. Llegar más de 15 minutos tarde resultará en una no presentación y puede requerir que su visita sea reprogramada.

No se presenta a las citas

Si no puede asistir a su cita programada, le pedimos que cancele su cita al menos 24 horas antes de la hora de la cita o 2 horas antes de la hora de la cita para citas el mismo día. Una **ausencia** se define como faltar a una cita programada sin el aviso de cancelación adecuado o llegar a una cita con más de 15 minutos de retraso. Si no se presenta varias veces, será expulsado de la práctica. Los pacientes nuevos que no se presenten a su primera cita no serán reprogramados.

No toleramos agresiones verbales o físicas hacia nuestro personal.

Todo nuestro personal está comprometido a brindar la mejor atención posible a sus hijos. Cualquier paciente, padre, cuidador, etc. que grite, se vuelva verbal o físicamente agresivo, amenace a nuestro personal o use blasfemias será expulsado de la práctica sin excepción. Queremos que nuestra oficina sea un lugar seguro tanto para los pacientes como para los empleados.

Custodia de los hijos

Permitiremos que cualquiera de los padres acompañe a su hijo a una visita al consultorio y tenga el mismo acceso a la información de salud de su hijo, a menos que se nos entregue un documento legal que indique lo contrario.

Información Financiera

- Es su responsabilidad traer su tarjeta de seguro actual a todas las citas y notificar a nuestra oficina de cualquier cambio en el seguro, la dirección, el teléfono o el estado familiar en el momento del check-in.
- Si no proporciona información completa y precisa sobre el seguro en la fecha del servicio, será financieramente responsable de los servicios prestados ese día.
- Cuando no se pueda verificar la cobertura de seguro activa, se considerará que paga por cuenta propia y el pago vencerá en el momento de la cita.
- Todos los copagos y deducibles se deben pagar en el momento del servicio.
- Si no tiene seguro o busca atención (pago por cuenta propia) por servicios que se programaron con 3 días de anticipación, tiene derecho a recibir una estimación de buena fe del costo total esperado de cualquier artículo o servicio que no sea de emergencia.

He recibido una copia de las políticas del consultorio de Smart Start Pediatrics. He leído y entendido las pólizas y entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios y tarifas no cubiertos por mi seguro. Autorizo la divulgación de la información necesaria para que Smart Start Pediatrics reciba el pago de los servicios.

Firma_____

Fecha_____



RECEPCIÓN DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Del paciente Nombre: _____

DOB: ____ / ____ / ____

Yo _____, han recibido o se les ha ofrecido una copia de **Smart Start Pediatrics'** Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del Padre/Tutor: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Aviso de Prácticas de Privacidad

smart start pediatrics

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA: Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que usamos y divulgamos la información médica. Para cada categoría de usos o divulgaciones, elaboraremos el significado y proporcionaremos ejemplos más específicos, si lo solicita. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información caerán dentro de una de las categorías. Debemos obtener su autorización antes del uso y la divulgación de cualquier nota de psicoterapia, usos y divulgaciones de PHI con fines de marketing y divulgaciones que constituyan una venta de PHI. Los usos y divulgaciones no descritos en este Aviso de Prácticas de Privacidad se realizarán únicamente con la autorización de la persona.

Para el pago: Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para que el tratamiento y los servicios que reciba en Smart Start Pediatrics (en adelante, "SSP") puedan ser facturados y el pago pueda ser cobrado a usted, a una compañía de seguros o a un tercero. Por ejemplo: podemos divulgar su registro a una compañía de seguros, para que podamos cobrar por tratarlo.

Para tratamiento: Podemos usar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal que esté involucrado en su cuidado en SSP o en el hospital. Por ejemplo, podemos divulgar información médica sobre usted a personas ajenas a SSP que puedan estar involucradas en su atención médica, como miembros de la familia, clérigos u otras personas que formen parte de su atención.

Para operaciones de atención médica: Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para ejecutar SSP y garantizar que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad. También podemos divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otro personal de SSP con fines de revisión y aprendizaje. Por ejemplo, podemos revisar su registro para ayudar a nuestros esfuerzos de mejora de la calidad.

QUIÉN SEGUIRÁ ESTE AVISO: Este aviso describe las políticas y procedimientos de SSP y los de cualquier profesional de la salud autorizado para ingresar información en su historia clínica, cualquier miembro de un grupo de voluntarios al que permitamos ayudarlo, así como todos los empleados, personal y otro personal de SSP.

POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES: Creamos un registro de la atención y servicios que recibe en SSP. Necesitamos este registro para brindarle una atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por SSP, ya sea que hayan sido realizados por el personal de SSP o por su médico personal. La ley nos obliga a: asegurarnos de que la información médica que lo identifica se mantenga privada; darle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica; y seguir los términos del aviso que está actualmente en vigor. Otras formas en que podemos usar o divulgar su información médica protegida incluyen: recordatorios de citas; según lo exija la ley; para prestaciones y servicios relacionados con la salud; a las personas involucradas en su atención o en el pago de su atención; investigación; para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad; y para alternativas de tratamiento. Otros usos y divulgaciones de su información personal podrían incluir la divulgación a, o para: médicos forenses, médicos forenses y directores de funerarias; actividades de vigilancia de la salud; aplicación de la ley; demandas y disputas; militares y veteranos; actividades de inteligencia y seguridad nacional; donación de órganos y tejidos; riesgos para la salud pública; y la compensación de los trabajadores.

AVISO DE DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted:

Derecho a una copia impresa de este aviso: **Usted tiene derecho a** una copia impresa de este aviso. Puede pedirnos que le entreguemos una copia de este aviso en cualquier momento.

Derecho a inspeccionar y copiar: **Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar** la información médica que puede usarse para tomar decisiones sobre su atención. Se puede obtener un formulario de solicitud en la recepción. Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas.

Derecho a enmendar: Si cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que modifiquemos la información. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda durante el tiempo que la información sea conservada por o para SSP. Para solicitar una modificación, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse al Oficial de Privacidad y debe proporcionar una razón que respalde su solicitud. Se puede obtener un formulario de solicitud en la recepción. Podemos denegar su solicitud de modificación.

Derecho a solicitar la eliminación de las comunicaciones de recaudación de fondos: **Tiene derecho a optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos de la Práctica.**

Derecho a restringir las divulgaciones al plan de salud: **Usted** tiene derecho a restringir las divulgaciones de PHI a un plan de salud si la divulgación es para el pago de operaciones de atención médica y se refiere a un artículo o servicio de atención médica por el cual ha pagado de su bolsillo en su totalidad.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado. Debe hacer su solicitud por escrito y debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted. Se puede obtener un formulario de solicitud en la recepción.

Derecho a un informe de divulgaciones: **Usted tiene derecho a solicitar un "informe de divulgaciones".** Esta es una lista de las divulgaciones que hicimos de su información médica. Para solicitar esta lista o informe de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Se puede obtener un formulario de solicitud en la recepción.

CAMBIOS A ESTE AVISO: Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Una copia actual estará disponible en la recepción.

QUEJAS: Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante SSP o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante SSP, comuníquese con LaShea Dalton, (256) 891-0300, 460 AL Hwy 75 N, Albertville, AL 35951-3838. Todas las quejas deben presentarse por escrito. Un formulario de reclamación está disponible bajo petición. No se le penalizará por presentar una queja.

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA: Otros usos y divulgaciones de la información médica que no estén cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican al uso se realizarán solo con su autorización por escrito. Si nos da permiso para usar o divulgar su información médica, puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento.

